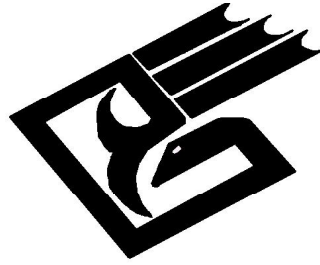


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

دانشکده بهداشت

گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت

پایان نامه کارشناسی ارشد

بررسی مقایسه ای تأثیر برنامه آموزشی به شیوه حضوری و غیر
حضوری مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتار تغذیه ای
سالندان شهر اهرم در سال ۹۲-۱۳۹۱

نگارش

لیلا سلیمانی

استاد راهنما

دکتر سعید نجف پور بوشهری

استاد مشاور

دکتر رحیم طهماسبی

بهمن ۱۳۹۲



بسم الله الرحمن الرحيم

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

دانشکده بهداشت

پایان نامه کارشناسی ارشد لیلا سلیمانی در رشته آموزش بهداشت به شماره دانشجویی ۹۰۱۴۳۰۵ فارغ التحصیل سال ۱۳۹۲ که با عنوان بررسی مقایسه ای تأثیر برنامه آموزشی به شیوه حضوری و غیر حضوری مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتار تغذیه ای سالمندان شهر اهرم در سال ۹۲-۱۳۹۱ زیر نظر دکتر سعید نجف پور بوشهری نگاشته شده و به شماره دپ/۲۸۱/۷۱/۲۰ در دفتر پایان نامه های این دانشکده به ثبت رسیده و در تاریخ ۹۲/۱۱/۲۰ مورد بحث و نقد هیات داوران قرار گرفته و با نمره نهایی هفده و بیست و پنج صدم تمام و درجه ارزشیابی بسیار خوب با موفقیت دفاع شد.

هیات داوران:

| ردیف | نام و نام خانوادگی | مرتبه علمی | سمت در هیأت | امضاء |
|------|--------------------------|------------|--------------|-------|
| ۱ | دکتر سعید نجف پور بوشهری | استادیار | استاد راهنما | |
| ۲ | دکتر رحیم طهماسبی | استادیار | استاد مشاور | |
| ۳ | دکتر آزیتا نوروزی | استادیار | داور | |
| ۴ | دکتر مریم روانی پور | دانشیار | داور | |

رئیس دانشکده

معاون پژوهشی دانشکده

تعهد نامه

عنوان پایان نامه: بررسی مقایسه ای تأثیر برنامه آموزشی به شیوه حضوری و غیر حضوری مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتار تغذیه ای سالمندان شهر اهرم در سال ۹۲-۱۳۹۱

اینجانب لیلا سلیمانی دانشجوی کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر تحت راهنمایی آقای دکتر نجف پور بوشهری متعهد می‌شوم:

- !نتایج ارائه شده در این پایان نامه حاصل مطالعات علمی و عملی اینجانب بوده، مسئولیت صحت و اصالت مطالب مندرج را به طور کامل بر عهده می‌گیرم.
- !در خصوص استفاده از نتایج پژوهش‌های محققان دیگر به مرجع مورد نظر استناد شده است.
- !مطالب مندرج در این پایان نامه را اینجانب یا فرد دیگری به منظور اخذ هیچ نوع مدرک یا امتیازی تاکنون به هیچ مرجعی تسلیم نکرده است.
- !کلیه حقوق معنوی این اثر به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر تعلق دارد. مقالات مستخرج از پایان نامه، ذیل نام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر (Bushehr University of Medical Sciences) به چاپ خواهد رسید.
- !حقوق معنوی تمام افرادی که در به دست آمدن نتایج اصلی پایان نامه تاثیر گذار بوده‌اند در مقالات مستخرج از رساله رعایت خواهد شد.
- !در خصوص استفاده از موجودات زنده یا بافت‌های آنها برای انجام پایان نامه، کلیه ضوابط و اصول اخلاقی مربوطه رعایت شده است.

تاریخ ۱۳۹۲/۱۱/۲۵

نام و امضاء دانشجو: لیلا سلیمانی

مالکیت نتایج و حق نشر

کلیه حقوق معنوی این اثر و محصولات آن (اعم از مقالات مستخرج، برنامه های رایانه ای، نرم افزارها و تجهیزات ساخته شده و مانند آن) به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر تعلق دارد و بدون اخذ اجازه کتبی از دانشگاه قابل واگذاری به شخص ثالث نیست.

استفاده از اطلاعات و نتایج این پایان نامه بدون ذکر مرجع مجاز نیست.

چکیده:

زمینه و هدف: سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. در نظر گرفتن نیازهای خاص این دوران، از جمله توجه به تغذیه امر مهمی است که عمدتاً مورد غفلت واقع شده است. بنابراین هدف از این مطالعه، بررسی مقایسه‌ای تأثیر برنامه آموزشی به شیوه حضوری و غیر حضوری مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتار تغذیه‌ای سالمندان شهر اهرم در سال ۹۲-۱۳۹۱ بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مداخله‌ای و به صورت کارآزمایی بالینی انجام شد، شرکت کنندگان در این مطالعه شامل سالمندان ۶۰-۷۵ ساله شهر اهرم بودند، که به صورت نمونه‌گیری آسان با فراخوان، از طریق اختصاص یک بلوک به گروه آموزش حضوری و یک بلوک به گروه آموزش غیرحضوری به صورت تصادفی صورت گرفت (دو گروه ۱۰۰ نفره). جهت آموزش افراد، در گروه حضوری از روش سخنرانی و پرسش و پاسخ و در گروه غیرحضوری از کتابچه آموزشی استفاده گردید. روش جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای محقق ساخت بود که شامل ۴ بخش سؤالات دموگرافیک، آگاهی، نگرش و رفتار تغذیه‌ای بود. بعد از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ با استفاده از آزمون‌های مناسب آماری نظیر کای دو، تی دانشجویی (t- student)، تی جفتی (t- paired)، ناپارامتری مک نمار و آنالیز واریانس داده‌های تکراری تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: در این مطالعه، بین دو گروه آموزش حضوری و غیر حضوری از لحاظ حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده به تفکیک در سه مرحله (قبل، بلافاصله و ۳ ماه بعد از آموزش) اختلاف معنی‌داری را وجود داشت ($p=0/000$). مقایسه میانگین نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در مرحله دوم و سوم یعنی بلافاصله بعد از آموزش و سه ماه بعد از آموزش، نشان داد که بین دو گروه آموزش حضوری و آموزش غیر حضوری در تمامی سازه‌ها اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($P=0/000$)، بطوریکه علیرغم اینکه قبل از آموزش در تمامی ابعاد میانگین نمرات در گروه آموزش غیرحضوری بیشتر از آموزش حضوری بوده، بعد از آموزش میانگین نمرات در گروه آموزش حضوری بیشتر از آموزش غیر حضوری شده است. از نظر وضعیت نمره عملکرد تنها در گروه آموزش حضوری بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($P=0/045$). مطالعه حاضر نشان داد، که آموزش غیر حضوری عملکرد افراد در زمینه مصرف گروه نان و غلات را افزایش داد در حالی که آموزش حضوری، بیشتر بر عملکرد افراد در خصوص مصرف سبزیجات موثر واقع شد. از طرف دیگر آموزش در زمینه مصرف گروه گوشت، منجر به ارتقاء عملکرد هر دو گروه گردید در حالی که مدل‌های آموزشی ارائه شده تأثیری بر مصرف گروه‌های شیر و لبنیات و میوه‌ها، نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری: آموزش حضوری (مستقیم) آموزشی زنده و پویاست و سالمندان با سواد پایین بیشتر از این نوع آموزش بهره می‌برند. بنابراین می‌بایست با برگزاری جلسات آموزشی به صورت حضوری در ایجاد یک رفتار تغذیه‌ای صحیح در این گروه جمعیتی اقدام نمود.

کلیدواژه‌ها: مدل اعتقاد بهداشتی، تغذیه، سالمندان، آموزش بهداشت

«در حق پدر و مادران نیکی کنید و اگر یکی از آنها یا هر دو پیر و سالخورده شوند و موجب رنج و زحمت شما، مراقب باشید که کلامی بر زبان میاورید که موجب رنجش خاطر آنان شود و

کمترین آزاری به آنها رسانید و به ایشان با کرام و احترام سخن بگویید»

«سوره اسراء آیه ۲۳»

تقدیم به اسوه های فدکاری، پاکدامنی، صبر و امید

پدر و مادر بزرگوارم

که بی شک بدون درسا و حمایت های بی ثباته های آنان پی نمودن این راه غیر ممکن می نمود

,

تقدیم به بهران زندگی ام

خواهران عزیزم، برادران بزرگوارم و داماد ارجمندمان

که همواره پشتیبان و یار یکدیگر من در زندگی بوده اند

,

تقدیم به

توسل کلم، خواهرزاده عزیزم، که خنده های کودکانه اش همواره نیروبخش را هم بوده است

تقدیر و تشکر

زندگی صحنه‌ی کمالاتی هنرمندی ماست
هر کسی نغمه خود خواند و از صحنه رود صحنه پیوسته بجاست

خرم آن نغمه که مردم بسازند به یاد

حمد و سپاس بی پایان خدای را که آفریننده آسمانها و زمین است. حال که به یاری ایندوکتا توفیقی هر چند کوچک در کسب علم و دانش نصیبم گردیده، بر خود لازم می دانم مراتب سپاس و تشکر فراوان خود را نشانه استادان و سروران محترمی نمایم که انجام این پژوهش مهربون گلهای بی شائبه آنان است:

از اساتید محترم راهبها جناب آقای دکتر سعید نجف پور بوشهری و جناب آقای دکتر رحیم طهاسبی که با نظرات دقیق و ارزنده، صبر و درایت علمی خود در تمامی مراحل تحقیق مرا راهنمایی نمودند.

اساتید گرامی سرکار خانم دکتر آزیتا نوروزی و جناب آقای مهندس حمید رضا صافیانی که از نظرات ارزنده و راهنمایی‌هایشان در مراحل مختلف پژوهش برخوردار بوده‌ام.

سالمندان و مشارکت‌کنندگان عزیز بی که با اشتیاق و یکسری فراوان در این پژوهش همکاری و حتی مشوق من در امر تحقیق بودند.

و دیگر عزیزانی که به انحاء مختلف در اجرای هر چه بهترین پژوهش مشارکت و همکاری داشتند.

فهرست مطالب

فصل اول: مقدمه و کلیات

| | |
|----|---|
| ۲ | بیان مسئله و اهمیت موضوع (۱-۱) |
| ۱۲ | چارچوب و مفاهیم (۲-۱) |
| ۱۲ | الگوی اعتقاد بهداشتی (۱-۲-۱) |
| ۱۳ | اساس تئوریک مدل اعتقاد بهداشتی (۱-۱-۲-۱) |
| ۱۳ | تئوری لوین (۱-۱-۱-۲-۱) |
| ۱۴ | مدل خطر پذیری یا انگیزش موفقیت اتکینسون (۲-۱-۱-۲-۱) |
| ۱۴ | مدل سودمندی منتظره ذهنی ادواردز (۳-۱-۱-۲-۱) |
| ۱۴ | مدل تصمیم گیری تحت شرایط عدم اطمینان فدرز (۴-۱-۱-۲-۱) |
| ۱۵ | مدل تقویت روتر (۵-۱-۱-۲-۱) |
| ۱۵ | تئوری رفتار اجرایی توماس (۶-۱-۱-۲-۱) |
| ۱۵ | اجزا و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی (۲-۱-۲-۱) |
| ۱۵ | حساسیت درک شده (۱-۲-۱-۲-۱) |
| ۱۶ | شدت درک شده (۲-۲-۱-۲-۱) |
| ۱۶ | منافع درک شده (۳-۲-۱-۲-۱) |
| ۱۶ | موانع درک شده (۴-۲-۱-۲-۱) |
| ۱۷ | راهنما برای عمل (۵-۲-۱-۲-۱) |
| ۱۷ | خودکارآمدی درک شده (۶-۲-۱-۲-۱) |
| ۱۸ | عوامل تعدیل کننده یا واسطه (۷-۲-۱-۲-۱) |
| ۱۸ | کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش بهداشت (۴-۱-۲-۱) |
| ۱۹ | محدودیت های مدل اعتقاد بهداشتی (۵-۱-۲-۱) |
| ۱۹ | تغذیه سالمندان (۲-۲-۱) |
| ۱۹ | عوامل مؤثر در مشکلات تغذیه ای سالمندان (۱-۲-۲-۱) |
| ۲۰ | نیازهای تغذیه ای سالمندان (۲-۲-۲-۱) |
| ۲۱ | گروههای اصلی مواد غذایی (۳-۲-۲-۱) |
| ۲۳ | هرم غذایی برای سالمندان (۴-۲-۲-۱) |
| ۲۵ | آموزش بهداشت (۳-۲-۱) |
| ۲۵ | اهمیت و لزوم آموزش بهداشت (۱-۳-۲-۱) |
| ۲۶ | اهداف آموزش بهداشت (۲-۳-۲-۱) |
| ۲۶ | اهداف و فرضیات (۳-۱) |

| | |
|----|------------------------------|
| ۲۶ | (۱-۳-۱) اهداف اصلی طرح |
| ۲۶ | (۲-۳-۱) اهداف فرعی طرح |
| ۲۷ | (۳-۳-۱) اهداف کاربردی |
| ۲۸ | (۴-۳-۱) فرضیات |
| ۲۹ | (۴-۱) بررسی متون |
| ۲۹ | (۱-۴-۱) مطالعات خارجی |
| ۳۱ | (۲-۴-۱) مطالعات داخلی |

فصل دوم: مواد و روش ها

| | |
|----|--|
| ۴۱ | (۱-۲) متغیرهای مطالعه |
| ۴۱ | (۱-۱-۲) عملکرد تغذیه ای |
| ۴۲ | (۲-۱-۲) سازه آگاهی |
| ۴۲ | (۳-۱-۲) سازه حساسیت درک شده |
| ۴۲ | (۴-۱-۲) سازه شدت درک شده |
| ۴۳ | (۵-۱-۲) سازه منافع درک شده |
| ۴۳ | (۶-۱-۲) سازه موانع درک شده |
| ۴۴ | (۷-۱-۲) سازه خودکارآمدی درک شده |
| ۴۴ | (۸-۱-۲) آموزش حضوری |
| ۴۴ | (۹-۱-۲) آموزش غیر حضوری |
| ۴۴ | (۱۰-۱-۲) سالمند |
| ۴۵ | (۲-۲) روش پژوهش |
| ۴۵ | (۱-۲-۲) نوع پژوهش |
| ۴۵ | (۲-۲-۲) جامعه و واحد مورد پژوهش |
| ۴۵ | (۳-۲-۲) روش نمونه گیری، حجم نمونه و محاسبه آن |
| ۴۶ | (۴-۲-۲) محیط پژوهش |
| ۴۶ | (۵-۲-۲) مراحل انجام پژوهش |
| ۴۸ | (۳-۲) روش و ابزار گردآوری اطلاعات |
| ۴۸ | (۱-۳-۲) مراحل تهیه ابزارهای مورد استفاده |
| ۴۸ | (۱-۱-۳-۲) تعریف اعتبار و روایی |
| ۴۹ | (۲-۱-۳-۲) تعریف پایایی |
| ۴۹ | (۲-۳-۲) تعیین روایی و پایایی ابزارهای مطالعه |
| ۵۰ | (۱-۲-۳-۲) روایی و پایایی پرسشنامه آگاهی |
| ۵۰ | (۲-۲-۳-۲) روایی و پایایی پرسشنامه حساسیت درک شده |

| | |
|----|--|
| ۵۰ | ۳-۲-۳-۲) روایی و پایایی پرسشنامه شدت درک شده |
| ۵۱ | ۴-۲-۳-۲) روایی و پایایی پرسشنامه منافع درک شده |
| ۵۱ | ۵-۲-۳-۲) روایی و پایایی پرسشنامه موانع درک شده |
| ۵۱ | ۶-۲-۳-۲) روایی و پایایی خودکارآمدی درک شده |
| ۵۱ | ۴-۲) روش تجزیه و تحلیل اطلاعات |
| ۵۲ | ۵-۲) ملاحظات اخلاقی |
| ۵۲ | ۶-۲) محدودیت ها و مشکلات انجام پژوهش |

فصل سوم: یافته ها

| | |
|----|------------------------|
| ۵۴ | ۱-۳) نتایج پژوهش |
|----|------------------------|

فصل چهارم: بحث و نتیجه گیری

| | |
|-----|--|
| ۷۰ | ۱-۴) مقدمه |
| ۷۰ | ۲-۴) بحث |
| ۸۰ | ۳-۴) نتیجه گیری |
| ۸۳ | ۴-۴) پیشنهادات |
| ۸۳ | ۱-۴-۴) پیشنهادات برای انجام مطالعات بعدی |
| ۸۳ | ۲-۴-۴) پیشنهادات کاربردی به مسئولین استانی و کشوری |
| ۸۵ | فهرست منابع |
| ۹۶ | پیوست |
| ۹۷ | پیوست ۱ |
| ۱۰۶ | پیوست ۲ |
| ۱۲۳ | پیوست ۳ |

فهرست تصاویر

- شکل ۱-۱: چارچوب مدل اعتقاد بهداشتی ۱۱
- شکل ۲-۱: هرم غذایی ۲۴

فهرست جداول

| | |
|--|----|
| جدول ۱-۳: مقایسه وضعیت عوامل واسطه ای در دو گروه آموزش حضوری و گروه آموزش غیرحضوری | ۵۶ |
| جدول ۲-۳: مقایسه میانگین نمرات سازه های مدل اعتقاد بهداشتی بهداشتی بین دو گروه غیرحضوری و حضوری در مرحله قبل از آموزش | ۵۷ |
| جدول ۳-۳: مقایسه میانگین نمرات سازه های مدل اعتقاد بهداشتی بهداشتی بین دو گروه غیرحضوری و حضوری در مرحله بلافاصله بعد از آموزش | ۵۸ |
| جدول ۴-۳: مقایسه میانگین نمرات سازه های مدل اعتقاد بهداشتی بهداشتی بین دو گروه غیرحضوری و حضوری در مرحله ۳ ماه بعد از آموزش | ۵۹ |
| جدول ۵-۳: مقایسه نمره حساسیت درک شده در طول سه مرحله دوره مطالعه به تفکیک گروه آموزش حضوری و آموزش غیر حضوری | ۶۰ |
| جدول ۶-۳: مقایسه نمره شدت درک شده در طول سه مرحله دوره مطالعه به تفکیک گروه آموزش حضوری و آموزش غیر حضوری | ۶۰ |
| جدول ۷-۳: مقایسه نمره موانع درک شده در طول سه مرحله دوره مطالعه به تفکیک گروه آموزش حضوری و آموزش غیر حضوری | ۶۱ |
| جدول ۸-۳: مقایسه نمره فواید درک شده در طول سه مرحله دوره مطالعه به تفکیک گروه آموزش حضوری و آموزش غیر حضوری | ۶۲ |
| جدول ۹-۳: مقایسه نمره خودکارآمدی درک شده در طول سه مرحله دوره مطالعه به تفکیک گروه آموزش حضوری و آموزش غیر حضوری | ۶۲ |
| جدول ۱۰-۳: مقایسه میانگین تغییرات نمره حساسیت درک شده در دو گروه آموزش حضوری و آموزش غیر حضوری در طول دوره مطالعه | ۶۳ |
| جدول ۱۱-۳: مقایسه میانگین تغییرات نمره شدت درک شده در دو گروه آموزش حضوری و آموزش غیر حضوری در طول دوره مطالعه | ۶۴ |
| جدول ۱۲-۳: مقایسه میانگین تغییرات نمره موانع درک شده در دو گروه آموزش حضوری و آموزش غیر حضوری در طول دوره مطالعه | ۶۴ |
| جدول ۱۳-۳: مقایسه میانگین تغییرات نمره فواید درک شده در دو گروه آموزش حضوری و آموزش غیر حضوری در طول دوره مطالعه | ۶۵ |
| جدول ۱۴-۳: مقایسه میانگین تغییرات نمره خودکارآمدی درک شده در دو گروه آموزش حضوری و آموزش غیر حضوری در طول دوره مطالعه | ۶۵ |
| جدول ۱۵-۳: وضعیت عملکرد بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش در دو گروه آموزش حضوری و غیر حضوری | ۶۶ |

جدول ۳-۱۶: وضعیت عملکرد تغذیه ای در زمینه مصرف گروههای غذایی بعد از آموزش نسبت
به قبل از آموزش در دو گروه آموزش حضوری و غیر حضوری ۶۸

فهرست علائم و اختصارات

| <u>علامت</u> | <u>معادل انگلیسی</u> | <u>معادل فارسی</u> |
|--------------|--------------------------------|----------------------------|
| PHC | Primary Health Care | مراقبت های بهداشتی اولیه |
| WHO | World health organization | سازمان بهداشت جهانی |
| H LS | Healthy Life Style | سبک زندگی سالم |
| HRQOL | Health Related Quality Of Life | کیفیت زندگی مرتبط با سلامت |
| HBM | Health Belief Model | الگوی اعتقاد بهداشتی |
| SRT | Stimulus Response Theory | نظریه محرک - پاسخ |
| VET | Value expectancy theory | تئوری انتظار ارزش |
| SCT | Social cognitive theory | تئوری شناخت اجتماعی |
| HEI | Healthy Eatiny index | شاخص تغذیه سالم |
| BMI | Body Mass Index | نمایه توده بدنی |
| MNA | Mini Nutritional Assessment | ارزیابی تغذیه ای مینی |
| L E | Life expectancy | امید به زندگی |
| F R | Fertility Rate | میزان باروری |
| QOL | Quality of Life | کیفیت زندگی |
| CVR | Content Validity Index | نسبت روایی محتوا |

فصل اول

مقدمه و کلیات

۱-۱) بیان مسئله و اهمیت موضوع

اگر چه برخی سالمندی^۱ را پایان راه می دانند اما در حقیقت سالمندی را باید آغاز راهی دانست که زمان ارائه تجربیات گرانبها به متن جامعه است و این امر زمانی میسر می شود که بپذیریم سالمندی بیماری نیست، بلکه فرایند طبیعی است که از زمان حیات جنین شروع و تا مرگ ادامه می یابد، و نمی توان آن را متوقف یا معکوس نمود، بلکه می توان با مراقبت های بهداشتی صحیح و ساده به سالمندی همراه با سلامت رسید (۱). هم اکنون در تمام جوامع، سالمندی به عنوان یک مساله مهم، مطرح است. افزایش درصد سالمندان که تاکنون یکی از ویژگی جوامع توسعه یافته و با باروری پایین بوده است، هم اکنون در حال تبدیل شدن به یک ویژگی جمعیتی در تمام جوامع است (۲). افزایش امید به زندگی^۲ و کاهش میزان باروری^۳ باعث افزایش تعداد افراد سالمند در سراسر جهان شده است به گونه ای که پیر شدن جمعیت به یکی از مهمترین چالشهای بهداشت عمومی در سالهای کنونی تبدیل شده است (۳). افزایش چشمگیر جمعیت سالمندی در سراسر دنیا، پدیده ای است که از قرن بیستم آغاز شده و در قرن ۲۱ نیز ادامه خواهد یافت (۴). فرآیند کاهش تدریجی میزان های موالید و مرگ و میر و به موازات آن افزایش امید به زندگی، اجرای موفقیت آمیز برنامه تنظیم خانواده، گسترش مراقبت های بهداشتی اولیه

¹ Geriatric

² Life expectancy

³ Fertility Rate

(PHC)^۱، بهبود شرایط اقتصادی اجتماعی و پیشرفت های پزشکی و بهداشتی در نیمه دوم قرن بیستم باعث افزایش نسبی طول عمر انسان و از رهگذر آن افزایش جمعیت افراد ۶۰ سال به بالا شده است که این افراد طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO)^۲ سالمند نامیده می شوند (۵- ۱۰). سالمندی لغت ویژه ای است که به شخص، فرهنگ، کشور و جنس وابسته است اما عموماً سن ۶۰ سال و بالاتر به عنوان سن سالمندی پذیرفته شده است (۴). سالمندی در کشورهای پیشرفته به سنین بالای ۶۵ سال اطلاق می گردد در حالی که در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران به افراد بالای ۶۰ سال سالمند گفته می شود (۱۱). سازمان بهداشت جهانی گروه های سالمندی را این گونه طبقه بندی می کند ۶۰-۷۴ سالمند جوان، ۷۵-۹۰ سالمند، ۹۰ به بالا خیلی سالمند (۱۲). سالمندی از دیدگاه های مختلف در سطح جهان در حال مطالعه و بررسی می باشد. ابتدا مفهوم سالمندی در کشورهای توسعه یافته به دلیل شرایط خاص آنها مطرح و موضوع تحقیقات قرار گرفت. در کشورهای در حال توسعه، پدیده گذار اپیدمیولوژیک منجر به ایجاد شرایط جدیدی در این کشورها گردیده است که از جمله آنها موضوع کنترل بیماری ها و کاهش چشمگیر میزان کشندگی آنها است که خود منجر به افزایش طول عمر افراد و نهایتاً مطرح شدن پدیده سالمندی است (۱۱). سیاست های جمعیتی اتخاذ شده و بهبود روز افزون استانداردهای زندگی در این گروه، از عوامل مهم دیگری است که در شکل دهی جمعیت سالمند نقش بسزایی داشته است. در حال حاضر سالمندان بخش قابل توجهی از هرم سنی جمعیتی کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه را به خود اختصاص داده اند (۱۳ و ۱۴). به دلیل تحلیل رفتن قوای جسمانی و ذهنی سالمندان؛ تنوع و کثرت مسایل در سالمندی امری کاملاً "طبیعی به نظر می رسد. از این رو شاید هیچ دوره ای از زندگی مانند سالمندی پر مسأله و نگران کننده نباشد. به همین دلیل سالمندان برای سالم زیستن به سازگاری فراوانی نیاز دارند (۱۵). بر اساس تعریف سازمان ملل متحد از سالمندی در سال ۲۰۰۶، تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر برآورد کرد که پیش بینی می شود این رقم تا سال ۲۰۲۵ دو برابر شده و تا سال ۲۰۵۰ بالغ بر ۲ میلیارد نفر خواهد بود. اما نکته قابل تامل این است که

^۱ Primary Health Care

^۲ World health organization

بیشترین موارد این افزایش، در کشورهای در حال پیشرفت در حال روی دادن است (۱۰-۷ و ۱۶). سازمان جهانی بهداشت در پیامی که به مناسبت روز جهانی سالمندان در سال ۲۰۰۳ میلادی تحت عنوان «سالمندان به منزله نیروی جدیدی در راه توسعه» منتشر کرده، متذکر گردیده است که امروزه در سطح جهان، انقلابی در جمعیت شناسی در شرف وقوع است (۹)، که کشور ایران نیز دور از این تحول نخواهد بود. در حال حاضر هرم سنی جمعیت ایران در حال انتقال از جوانی به سالخوردگی است. پیش بینی های موجود نشان می دهد که جمعیت ایران علیرغم تمرکز بر گروه های جوان، در حال حاضر به سرعت در مسیر انتقال به سالخوردگی جمعیت قرار گرفته است (۷). سرشماری های کشوری انجام شده در ایران نیز این افزایش قابل توجه جمعیت سالمندان را مورد تایید قرار می دهند. از اینرو حفظ و بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی در دوران سالمندی بیش از گذشته اهمیت پیدا می کند. ایران در دهه های اخیر یکی از جوانترین کشورهای جهان بوده است، ولی شاخص های آماری و جمعیت شناسی نشان می دهد که روند سالمند شدن در ایران هم آغاز شده و رو به گسترش است. با ادامه این روند در کشور در حوالی سال ۱۴۱۰ انفجار سالمندی رخ خواهد داد و حدود ۲۳ درصد از جمعیت درسین بالای ۶۰ سالگی قرار خواهند گرفت (۱۷). جمعیت افراد بالای ۶۰ سال در ایران در سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵، ۵۱۱۹۰۰۰ نفر بوده که ۷/۲ درصد کل جمعیت را تشکیل می دهد و تخمین زده می شود که تا سال ۲۰۵۰ به حدود ۲۶ درصد برسد که این خود نشان دهنده سرعت پیر شدن جمعیت ایران است (۱۶ و ۲۰-۱۸). پیش بینی می شود که جمعیت سالمند ایران تا سال ۲۰۲۵ به ۱۰/۵ و تا سال ۲۰۵۰ به ۲۶ درصد برسد (۲۱). جمعیت افراد بالای ۶۰ سال ایران بر طبق آخرین سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰، ۶۱۵۹۶۷۶ نفر بوده و ۸/۲ درصد کل جمعیت را تشکیل می دهد و تخمین زده می شود که تا سال ۲۰۵۰ به حدود ۲۶ درصد برسد (۲۰ و ۱۹).

بر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۸۲ شاخص امید به زندگی در مردان ایرانی ۶۷ سال و در زنان ایرانی ۷۱ سال می باشد که می تواند بیانگر رشد سریع سالمندی در ایران باشد که خود این امر می تواند در آینده مسئولین را در مواجهه با مشکلات عدیده سالمندی و ارائه راهبردهای

جهت حل آنها قرار دهد (۲۲). از طرفی زیر جمعیتی که اکنون مورد توجه بیشتر محافل علمی و سیاستگذاری است، یعنی جوانان، به واسطه حرکت نسلی و سنی جمعیت در آینده نه چندان دوری پا به این سنین می گذارند و در آن زمان زیر جمعیت سالمند سهم بزرگی از جمعیت کشور را خواهند داشت (۱۹). بنابراین با توجه به روند سریع رشد و اینکه افراد سالخورده با انتقال تجربه نقش مهمی در خانواده و جامعه ایفا می کنند، لزوم توجه به این قشر احساس می شود. سازمان بهداشت جهانی اصطلاح سالمندی پویا را برای بیان فرایند دستیابی به این دیدگاه برگزیده است. سالمندی پویا فرایند بهینه سازی فرصتها برای سلامتی و مشارکت به منظور افزایش کیفیت زندگی افراد رو به سالمندی است (۲۳).

اغلب کشورهای در حال توسعه جهان تاکنون پیچیدگی های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی انتقال جمعیت را که به پیر شدن مشهور است، درک نکرده اند و با افزایش روز افزون سالمندان مشکلات آنها نیز بیشتر شده به گونه ای که هنوز راه حل رضایت بخشی برای آن نیافته اند (۱۸). پدیده سالمندی با انواع مختلفی از تغییرات فیزیولوژیکی، روانی، اقتصادی و اجتماعی همراه است (۲۴). شایعترین اختلالات دوران سالمندی عبارتند از: اختلال حرکتی، سرگیجه، فشار خون، آنژین صدری، مشکلات بینایی و شنوایی، مشکلات ادراری و دیابت (۲۵). علاوه بر مشکلات جسمانی، حدود دو سوم افراد سالمند به بیماری های مزمن و کاهش توانایی و عملکرد نیز مبتلا می شوند (۲۰). شایعترین علل مرگ در گروه های سنی بالا بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، بیماری های دستگاه تنفسی و حوادث می باشند که با سبک زندگی سالم^۱ ارتباط تنگاتنگ دارند. بر اساس مطالعات صورت گرفته، یکی از مشکلات عمده تأثیرگذار بر سبک زندگی این گروه، مشکلات تغذیه ای می باشد (۷). به طوریکه رژیم غذایی بر روی شیوع و شدت بیماریها در این دوران تاثیر بسزایی دارد (۲۶).

یکی از اهداف انسان سالم تا سال ۲۰۱۰ استفاده از کیفیت زندگی^۲ به صورت استاندارد سلامت ملی است. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (HRQOL)^۳ اقدامات سلامت جسمی و روانی و عوامل مؤثر

^۱ Healthy Life Style!

^۲ Quality of Life

^۳ Health Related Quality Of Life

بر آن را شامل می شود. تغذیه مطلوب هر دو وضعیت سلامت جسمی و روانی را بهبود می بخشد (۲۴). راهکار پیشنهادی در ایالات متحده آمریکا و کانادا به سبب نگرانی های ایجاد شده در سلامت جمعیت، کاهش بیماری های مزمن و بهبود کیفیت زندگی است. در این راستا تغذیه به عنوان یک عامل مهم در سلامت جمعیت شناخته شده است (۲۷). از آنجا که شایعترین علل مرگ در گروه های سنی بالای ۵۰ سال (شامل بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، بیماری های دستگاه تنفسی و حوادث) با سبک زندگی سالم قابل پیشگیری می باشد (۷)، تغذیه به عنوان یکی از مهمترین اجزا سبک زندگی سالم، برای حفظ سلامت می تواند در دستیابی به هدف پیر شدن سالم، پیشگیری از بیماریها و کوتاه شدن دوران نقاهت در سالمندان مؤثر باشد (۶). نتایج مطالعات بزرگ در دنیا نشان داده است که وضعیت تغذیه ای نقش برجسته ای در سلامت و بیماری افراد ۶۵ سال به بالا دارد (۱۶). طبق آمار سازمان کشاورزی آمریکا تغذیه صحیح می تواند مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی را ۲۵ درصد، سرطان و بیماری های تنفسی و عفونی را ۲۰ درصد و بیماری دیابت را ۵۰ درصد کاهش دهد (۲۸). مطالعات نشان داده اند که وضعیت بد تغذیه ای نه تنها باعث افزایش میزان بستری شدن در بیمارستان می شود، بلکه باعث افزایش طول مدت بستری شدن، افزایش عوارض، افزایش مرگ و میر و کاهش کیفیت زندگی در سالمندان نیز می گردد (۱۶). جامعه ایرانی نیز به سرعت دوران گذار تغذیه ای را پشت سر نهاده و نشانه های هشدار دهنده گسترش بیماریهای متابولیک نظیر بیماریهای قلب و عروق، دیابت، چاقی و انواع سرطانها دیده می شوند که یکی عوامل مهم زمینه ساز آن، تغییر در ترکیب رژیم غذایی مردم است (۲۳).

فرایند سالمندی، با تغییرات فیزیولوژیک بسیاری از جمله از دست دهی توده عضلانی، ضعف در سیستم ایمنی، آتروفی معده، کاهش حس چشایی و بویایی، بهداشت ضعیف دندان، از دست دادن حساسیت به تشنگی و کاهش سلامت سیستم قلبی - عروقی و کاهش توده استخوانی همراه است که این تغییرات می تواند منجر به مشکلات تغذیه ای سالمندان شود (۱). این تغییرات باعث گرایش سالمندان به تغییر رژیم غذایی در پاسخ به ناتوانیهای عملکردی می شود که می تواند منجر به مصرف رژیم های غذایی نامناسب و غیرکافی شود (۲۹). به طوریکه تغییرات حسی توام با سالمندی مانند کاهش

حس چشایی و بویایی، بلع دردناک و وضعیت نامناسب دندانها همگی بر کیفیت رژیم غذایی افراد سالمند موثر است (۳۰). بر اساس نظر انجمن تغذیه آمریکا حدود ۸۵ درصد افراد مسن به یک یا بیشتر از یک بیماری بالقوه ناتوان کننده یا بیماری های مزمن مبتلا هستند (۳۱). در این میان یکی از مهمترین فاکتورهای خطر برای بروز بیماری ها مزمن از جمله بیماری های قلبی عروقی در دوران سالمندی چاقی است (۳۲). تغذیه نامناسب با افزایش مصرف چربی های اشباع شده، افزایش کلسترول، نمک و کاهش مصرف فیبر همراه است (۳۳) بیماری های مزمن وابسته به الگوی غذایی از جمله چاقی، اختلال الگوی لیپیدی، اختلال تحمل گلوکز، دیابت ملیتوس و افزایش فشار خون مسائل اصلی مرتبط با تغذیه سالمندان هستند که سلامت و طول عمر بشر را تحت تأثیر قرار می دهند، از سوی دیگر، مطالعات انجام شده بیانگر شیوع کمبود مواد مغذی و افزایش خطر سوء تغذیه پروتئین انرژی با افزایش سن می باشند (۳۴). سوء تغذیه یک عامل خطر مهم برای بسیاری از اختلالات بالینی است که با وجود شایع بودن در سالمندان معمولاً تشخیص داده نشده و لذا درمان هم نمی شود (۲۵). به طور کلی افراد مسن در معرض خطر برای اختلالات تغذیه ای، سوء تغذیه، کمبود مواد مغذی و عدم تعادل هستند (۳۵) دریافت نامناسب مواد غذایی در دوران سالمندی علاوه بر ایجاد کمبودهای تغذیه ای موجب تسریع در پیدایش بسیاری از اختلالات خاص این دوران می شود که نیاز به ارائه حجم وسیعی از خدمات درمانی و مراقبتی دارند (۷). علاوه بر این عوامل اجتماعی - اقتصادی شامل کمی درآمد، بیسوادی تغذیه ای، عدم وجود امکانات در جهت تهیه مواد اولیه غذایی و در این دوران مزید بر علت می شوند (۱) به طوریکه از دیدگاه سلامت، هزینه های سالمندی بسیار سنگین است و گاه هزینه درمان و سلامت در دو سال آخر عمر معادل هزینه مابقی زندگی برآورد می شود. (۳۶). این افزایش هزینه در جمعیت سالخورده، نگرش جدیدی را در مورد آموزش به عنوان ابزاری جهت ارتقاء سلامت و رفاه سالمندان ایجاد می کند که اهمیت زیادی دارد، زیرا افراد سالمند بر این عقیده اند که برای نگرانی در مورد تغذیه، ورزش، غربالگری سلامتی و ایمن سازی خیلی پیر شده اند (۳۷).

بنابراین، از یک سو، شکست در تهیه رژیم غذایی مطلوب و از سوی دیگر، رفتارهای ناسالم مرتبط با سبک زندگی، که اغلب با اعتقادات، نگرش و عوامل انگیزشی مرتبط هستند، منجر به مشکلات تغذیه ای در سالمندان می شود (۳۸). بنابراین بهره مند بودن از تغذیه مناسب و با بکارگیری سبک زندگی سالم به همراه با راهنماهای رژیمی می تواند تضمین کننده زندگی مداوم و سودمند در افراد سالمند باشد (۱).

مطالعات نشان داده است که عوامل شیوه زندگی می تواند باعث کاهش خطر تمامی علل مرگ گردد و ارتباط محکمی بین عملکرد فیزیکی، روانی، شناختی و اجتماعی و شیوه زندگی افراد وجود دارد. اگر افراد شیوه زندگی خود را به روش صحیح تغییر دهند فواید قابل توجهی در رابطه عملکرد بهتر در آنها حاصل می گردد. یکی از راههای بهبود وضعیت سالمندانی که نیازهای برآورده نشده دارند استراتژیهای مداخله برای آموزش تغذیه است که نتیجه آن بهبود وضعیت سلامتی و توانایی عملکردی در آنهاست (۳۹). غربالگری^۱ و مداخلات تغذیه ای، همچنین می تواند هزینه/ اثر بخش^۲ بوده و کیفیت زندگی را بهبود بخشد (۲۸). این امر بر نیاز به همکاری متخصصین بهداشتی برای طراحی آموزشی و برنامه های تغییر رفتار موثرتر جهت ارتقای رفتارهای سلامت بخش تاکید دارد (۴۰). تغییرات شیوه زندگی به واسطه کوششهای افزایش آگاهی، تغییر رفتار و خلق محیط حمایتگر می تواند به عملکرد مناسب بهداشتی منجر شود و از آنجایی که ۵۰ درصد بیماریهای مزمن قابل پیشگیری می باشند، رفتار بهداشتی در مرکز ثقل برنامه های ارتقای سلامت قرار دارد. اجتناب از سوء مصرف مواد، الکل، ترک سیگار، ورزش کردن، کنترل وزن و خود مراقبتی، همه از طریق تغییر رفتار امکان پذیر است (۴۱). از سوی دیگر اندازه گیری آگاهی ها، نگرش ها و باورها نیز می تواند به درک مراحل و ترتیب رفتاری که به تغییر رژیم غذایی جمعیت می شود کمک کند (۴۲). میزان دانش افراد در مورد سلامتی شان ارتباط نزدیکی با سطح سواد بهداشتی آن دارد و در این رابطه دانش تغذیه ای یک مؤلفه مهم در سواد بهداشتی است، به طوری که دانش تغذیه ای قبلی به همراه آموزش، منجر به یادگیری و تغییر رفتار می گردد

¹ Screening

² Cast - benefit

(۲۸). عادات غلط غذایی، عدم آگاهی و شناخت مناسب از تغذیه و اصول پیشگیری منجر به کاهش امید به زندگی شده و فرد را از زندگی فعال و لذت بخش محروم می کند و امید او را به نهایت سنین پیری از بین می برد. تغذیه خوب و سالم، عامل مثبتی در امید به زندگی است و بطور واضحی تعداد افرادی را که به حداکثر طول عمر می رسند افزایش می دهد. چرا که اگر کوشش ها و تلاش های پیشگیری از بیماری ها و ارتقاء عادات تغذیه ای بر اساس درک عوامل تأثیر گذار صورت گیرند، احتمال موفقیت در کسب عادات صحیح تغذیه ای بیشتر می شود (۴۳). بنابراین ارتقاء سطح آگاهیهای سالمندان در مورد چگونگی حفظ سلامتی به وسیله تغذیه از اهمیت خاصی برخوردار است (۴۴).

آموزش بهداشت یکی از کارآمدترین روش های مداخله ای در خصوص رفتار تغذیه ای است. زیرا هدف از آموزش بهداشت تغییر رفتارهای بهداشتی به منظور ارتقاء و حفظ سلامتی است. اما تغییر رفتار مشکل تر از آن است که بتوان با آموزش های سنتی انتظار تحقق آن را داشت. خصوصاً آموزش بزرگسالان به راحتی امکان پذیر نیست. آنها باید خودشان تمایل به آموزش داشته باشند. برای آموزش آنها باید روی رفتارها و عملکردها تأکید کرد. یعنی نتیجه کار باید واضح و روشن باشد. جنبه رفتار در آموزش بهداشت از اهمیت قابل ملاحظه ای برخوردار است بطوریکه بدون تامین رفتار بهداشتی درست آموزش بهداشت امکان پذیر نیست (۳۷). اثر بخشی برنامه های آموزش بهداشت به مقدار زیادی بستگی به استفاده صحیح از تئوری ها و مدل های مورد استفاده در آموزش بهداشت دارد. یک مدل آموزشی، برنامه را در جهت و مسیر صحیح شروع کرده و قسمت های ناپیدا و مبهمی که ممکن است در محتوای اصلی یک مداخله آموزشی وجود داشته باشد را کاهش می دهد و نیز چارچوبی برای اندازه گیری و ارزیابی برنامه های آموزشی فراهم می کند و به این ترتیب به هدایت برنامه تا مرحله ارزشیابی جهت می دهد.

الگوی اعتقاد بهداشتی (HBM)^۱ یکی از الگوهای مؤثر در آموزش بهداشت می باشد و از اولین الگوهایی است که از تئوری های علوم رفتاری برای حل مسائل بهداشتی برگرفته شده است. این الگو در

^۱ Health Belief Model

سال ۱۹۵۰ توسط روزنستاک^۱ و هوچبام^۲ ارائه شد و در سال ۱۹۷۴ بیکر و میمن^۳ آن را تکمیل نمودند. این الگو رابطه اعتقادات بهداشتی و رفتار بهداشتی را نشان می دهد و بر این فرضیه استوار است که رفتار پیشگیری کننده بر اساس اعتقادات شخصی است. به عبارت دیگر رفتار را تابعی از دانش و نگرش فرد می داند. بر طبق این الگو آموزش هایی منجر به تغییر رفتار در افراد می گردند که دارای چند ویژگی باشند. نخست آنکه انجام رفتار بهداشتی مورد نظر برای آنان دارای فوایدی از جنبه های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی باشد (فواید درک شده)^۴. دوم آنکه آموزش دهندگان باید موانع موجود برای فراگیران اعم از فردی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و خانوادگی جهت اتخاذ رفتارهای بهداشتی را شناسایی و بر طبق آن برنامه ریزی کنند (موانع درک شده)^۵. سوم آنکه در مواردی که از بیماری صحبت می شود، این مفهوم در برگیرنده درک ذهنی افراد از خطراتی است که به سلامتی آنها آسیب می رساند (حساسیت درک شده)^۶. چهارم آنکه این مفهوم در برگیرنده درک افراد در رابطه با جدیت و عواقب ابتلا به بیماری و یا وخامت بیماری در صورت عدم درمان می باشد که شامل ارزیابی های طبی و بالینی (مرگ، ناتوانی و درد) و ارزیابی های عواقب اجتماعی احتمالی (تاثیرات بر محیط کار، تاثیرات بر زندگی خانوادگی و ارتباطات اجتماعی) است (شدت درک شده)^۷. ترکیب حساسیت و جدیت، تهدید درک شده نامیده می شود؛ که عبارتند از اینکه برنامه های آموزشی بایستی قادر باشند در مورد عوارض و خطرات ناشی از عدم انجام رفتارهای بهداشتی اعم از اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی در فراگیران حساسیت لازم را اجرا کنند (تهدید درک شده)^۸. چهارم آنکه اطمینان فرد از توانایی اش برای انجام رفتار را بالا ببرند (خودکارآمدی درک شده)^۹ و پنجم آنکه جهت اتخاذ رفتارهای بهداشتی لازم است علاوه بر سایر موارد مذکور از راهنماییهایی برای عمل^{۱۰}، شامل توصیه های کارکنان بهداشتی، پزشک معالج،

¹ Rosen stock

² Hochbaum

³ Becker & Maiman

⁴ Perceived benefits

⁵ Perceived barriers

⁶ Perceived susceptibility/Vulnerability

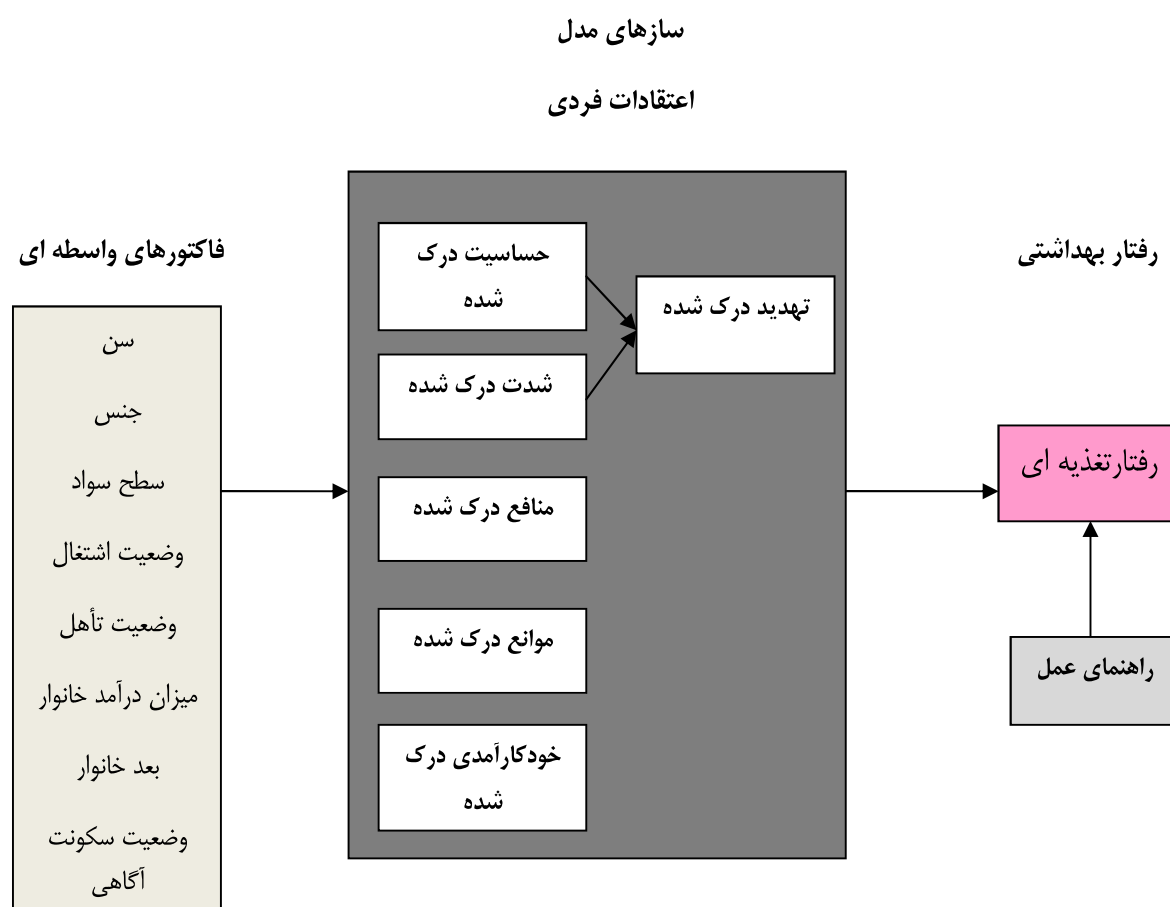
⁷ Perceived severity

⁸ Perceived threat

⁹ Perceived self-efficacy

¹⁰ Cues to action

وسایل ارتباط جمعی، پوستر، پمفلت و ... استفاده شود (۴۵). آگاهی، نگرش و باور را می توان به صورت موانع تغییر رفتار، به عنوان عواملی که در روند تغییر رفتار باید تغییر کند و به عنوان عوامل تقویت کننده پیام های مداخله ای تغذیه ای تلقی نمود.



شکل ۱-۱: چارچوب مدل اعتقاد بهداشتی

بنابراین از آنجایی که انگیزه اساسی تمامی تلاش ها و تحولات جوامع بشری ارتقاء و پیشبرد سلامت انسانهاست و از سویی سالمندی دوران حساسی از بقیه زندگی بشر است، که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه ای به دلیل ناتوانی های جسمی و ذهنی قرار می گیرد و این هدف بدون بررسی علل و عوامل تاثیر گذار بر سلامت انسانها امکان پذیر نخواهد بود. لذا با توجه به اهمیت اصلاح رفتارهای تغذیه ای در گروه سالمند و نیز چالش های موجود در این زمینه برای سالمندان، محقق بر آن شده است که با دو شیوه حضوری و غیر حضوری و مقایسه این دو روش آموزشی بر اساس سازه های مدل اعتقاد بهداشتی، برنامه ای مداخله ای بر روی سالمندان شهر اهرم انجام دهد تا در برنامه ریزی های آتی سطح استان و کشور در راستای سلامت این قشر از جامعه از نتایج آن استفاده گردد.

۱-۲) چارچوب و مفاهیم

۱-۲-۱) الگوی اعتقاد بهداشتی

مدل اعتقاد بهداشتی یکی از اولین تئوری هایی است که منحصراً برای رفتارهای مربوط به سلامت بوجود آمد. ساختارهای این مدل راهنمایی ویژه ای را در سطح خرد برای برنامه ریزی قسمت مربوط به "چگونگی" مداخلات فراهم می سازد. این مدل در سال ۱۹۵۰ توسط هوچبام، کگل^۱ و روزنستاک پایه گذاری شد، و یکی از پرکاربردترین چارچوب های مفهومی در رفتار سلامتی بوده است. از این مدل هم برای توضیح تغییر و حفظ رفتارهای مرتبط با سلامتی و هم به عنوان چارچوب راهنما برای مداخلات سلامتی استفاده شده است (۴۵). این مدل رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار بهداشتی را نشان می دهد و بر این فرضیه استوار است که رفتار پیشگیری کننده مبتنی بر اعتقادات شخص است. این اعتقادات در برگیرنده آسیب پذیری شخص نسبت به بیماری، تأثیر وقوع بیماری در زندگی فرد و تأثیر اقدامات بهداشتی در کاهش حساسیت و شدت بیماری می باشد (۴۶). مدل اعتقاد بهداشتی، بر این موضوع که چگونه ادراک شخص ایجاد انگیزه و حرکت کرده و سبب ایجاد رفتار در او می شود تأکید می

¹ Kegels

کند و بر انگیزش، تجربیات گذشته فرد و به طور کلی بر تغییر در اعتقادات متمرکز است و قادر به شرح رفتارهای بهداشتی دراز مدت و کوتاه مدت می باشد (۴۷).

۱-۱-۲-۱) اساس تئوریک مدل اعتقاد بهداشتی

این مدل از تئوری های روانشناسی اجتماعی متعدد تأثیر پذیرفته است که شامل:

۱-۱-۲-۱-۱) تئوری لوین^۱

بر طبق این تئوری فرد زمانی توصیه های بهداشتی را می پذیرد که در مقایسه با مشکلات و تلاشی که برای پیشگیری یا درمان نیاز دارد، نتایج مثبت بیشتری عاید او می شود و درکل بر موانع^۲ و تسهیل کننده ها^۳ برای تغییر رفتار تأکید می کند و شامل دو دسته تئوری می شود:

- !تئوری یادگیری که خود مشتق شده از دو نظریه اصلی محرک - پاسخ^۴ و نظریه شناختی^۵ است. بر طبق نظریه محرک - پاسخ یادگیری رفتار در نتیجه تقویت کننده ها و اجتناب از تنبه ها ایجاد می شود؛ این نظریه توسط اسکینر^۶ در سال ۱۹۳۸ ارائه شد، مبنی بر این که تکرار دفعات رفتار به عنوان تقویت کننده عمل می کند. تئوری های شناختی بر نقش انتظارات تکیه دارد. در این تئوری تقویت کننده ها بوسیله تحت تأثیر قرار دادن انتظارات و با در نظر گرفتن موقعیت و نه با تأثیر مستقیم بر رفتار، تغییر رفتار را ایجاد می کنند.

- !تئوری انتظار ارزش^۷: بر اساس این تئوری رفتار به دو عامل بستگی دارد:

۱. !انجام آن رفتار برای او سودمند است

۲. !برآورد شخص از احتمال اجرای رفتاری که باعث دست یافتن به هدف مورد نظر می شود.

^۱ Lewin

^۲ Barriers

^۳ Facilitators

^۴ Stimulus Response Theory

^۵ Cognitive Theory

^۶ Skinner

^۷ Value expectancy theory

از نظر بیکر و میمن فرد رفتاری را انتخاب می کند که اولاً بیشترین سود را در بر داشته باشد، ثانیاً در جامعه قابل دسترس باشد. بر این اساس زیر بنای مدل اعتقاد بهداشتی، تئوری انتظار ارزش است به این ترتیب رفتار شخص بر اساس مسائل مشخصی مثل حساسیت و شدت درک شده از مسأله می تواند قابل پیش بینی باشد. پرورش این موضوعات در ذهن فرد منجر به دو نتیجه می شود:

۱. افراد تمایل می یابد که از بیماری دوری کند، بنابراین سعی می کند که بیمار نشود
۲. افراد اگر بیمار شود، تمایل برای بهبودی در او ایجاد می شود، یعنی اعتقاد پیدا می کند که یک رفتار بهداشتی مشخص مانع بیمار شدن او می شود.

۱-۲-۱-۱ (۲-۱-۱-۲-۱) مدل خطر پذیری یا انگیزش موفقیت اتکینسون^۱

این مدل در ۱۹۵۷ توسط اتکینسون مطرح شد و بر اساس آن رفتار شامل یک رابطه تضریمی میان انتظار، مشوق و انگیزه می باشد. انتظار به معنی پیش بینی شخص از پیامدهای یک عمل است که این پیامد می تواند مثبت یا منفی باشد. مشوق ها، پاداش هایی هستند که وقتی شخص رفتاری را انجام می دهد عاید وی می شوند. انگیزه ها، ویژگی هایی هستند که موجب پرورش شخص جهت پیگیری مشوق های مثبت و پرهیز از مشوق های منفی می گردند.

۱-۲-۱-۲ (۳-۱-۱-۲-۱) مدل سودمندی منتظره ذهنی ادواردز^۲

این مدل در سال ۱۹۵۴ توسط ادواردز مطرح شد و بر این ادعاست که عمل فرد، مبتنی بر ارزش ذهنی یا سودمندی حاصل از هدف و احتمال انتزاعی یا امکان دستیابی به آن هدف می باشد.

۱-۲-۱-۳ (۴-۱-۱-۲-۱) مدل تصمیم گیری تحت شرایط عدم اطمینان فدرز^۳

این مدل در سال ۱۹۵۹ توسط فدرز مطرح شد و بر این ادعاست که رفتار تحت تأثیر سه ساختار است: جذابیت دستیابی، که شامل ترجیح فرد جهت پیگیری یک هدف است؛ احتمال موفقیت، که شامل احتمال دستیابی به یک هدف مشخص می باشد؛ و پتانسیل انتخابی، که شامل رفتار صورت گرفته است.

^۱ Atkinson

^۲ Edwardes

^۳ Federz

۱-۲-۱-۵) مدل تقویت روتر^۱

این مدل در سال ۱۹۵۴ توسط روتر مطرح شد و مدعی است که رفتار مبتنی بر انتظار یک پیامد مشخص از یک عمل مشخص و تقویت حاصل از یادگیری قبلی می باشد.

۱-۲-۱-۶) تئوری رفتار اجرایی توماس^۲

این نظریه در سال ۱۹۵۵ توسط توماس مطرح شد، توماس انجام هر رفتار را تحت تأثیر ۶ ویژگی می داند (۳ ویژگی مثبت و ۳ ویژگی منفی) که شامل نیاز - فشار مثبت، ارزش مثبت، انتظار مثبت، نیاز - فشار منفی، ارزش منفی و انتظار منفی می باشد (۴۷).

۱-۲-۱-۲) اجزا و سازه های^۳ مدل اعتقاد بهداشتی

این الگو شامل چندین سازه اساسی است که پیش بینی می کند چرا افراد عمل پیشگیری را انجام می دهند و چرا به دنبال اعمال غربالگری می روند و چگونه شرایط بیماری خود را کنترل می کنند. این سازه ها عبارتند از:

۱-۲-۱-۱) حساسیت درک شده

حساسیت درک شده، دارای یک جزء شناختی قوی بوده و تا حدودی وابسته به دانش فرد است و به معنی درک فرد از میزان آسیب پذیری یا مستعد بودن^۴ است. فرد باید باور داشته باشد که ممکن است بدون آشکار بودن علائم بیماری، مبتلا به آن است. میزان حساسیت افراد نسبت به بیماری ها متفاوت است و این موضوع با ادراکات و نگرش آنها در خصوص بیماری و آگاهی آنها در مورد بیماری بستگی دارد، به طوریکه هر قدر فرد خودش را حساس تر و مستعد بیماری بداند احتمال بیشتری می رود که دست به اقدامات پیشگیرانه بزند (۴۶).

^۱ Rotter

^۲ Tommas

^۳ Constructs

^۴ personal risk

۱-۲-۱-۲) شدت درک شده

همانند حساسیت درک شده، شدت درک شده نیز دارای یک جزء شناختی قوی وابسته به دانش فرد می باشد و به معنی درک افراد در رابطه با جدیت و عواقب ابتلا به بیماری و یا وخامت بیماری در صورت عدم درمان می باشد که شامل ارزیابی طبی و بالینی (مرگ، ناتوانی و درد) و ارزیابی های عواقب اجتماعی احتمالی (تأثیرات بر محیط کار، تأثیر بر زندگی خانوادگی و ارتباطات اجتماعی) است. درک افراد درباره خطر ابتلای به یک بیماری متفاوت است که این مورد تحت تأثیر آگاهی فرد از شرایط بیماری و میزان توانایی فرد در اقدام به عمل توصیه شده است.

ترکیب حساسیت درک شده و شدت درک شده، تهدید درک شده را شکل می دهد (۴۵).

۱-۲-۱-۳) منافع درک شده

اتخاذ عمل برای پیشگیری از بیماری یا برای اقدام در مورد یک بیماری به درک منافع آن وابسته است که در رابطه با اعتماد به مزایای روش های پیشنهادی جهت کاهش خطر یا وخامت بیماری یا وضعیت زیانبار حاصل از یک رفتار خاص می باشد. بعد از اینکه شخص نسبت به بیماری حساسیت پیدا کرد و آن را در مورد خود جدی تشخیص داد، قدم بعدی انتخاب رفتار توسط شخصی است که توسط اعتقادات و باورهایش تحت تأثیر قرار خواهد گرفت و معمولاً فرد رفتاری را انتخاب می کند که بیشترین سود را برای وی داشته باشد (سود فردی، خانوادگی و اجتماعی ...) و در جامعه قابل دسترسی باشد (۴۶).

۱-۲-۱-۴) موانع درک شده

اشاره به باورهایی در مورد هزینه های واقعی و متصور پیگیری رفتار جدید دارد. موانع درک شده توسط فرد، ممکن است به عنوان موانع جهت انجام یک رفتار عمل کنند. جنبه های منفی بالقوه یک رفتار که می تواند در تصمیم گیری فرد مؤثر باشد به دو دسته تقسیم می شوند:

۱. !هزینه - سود: فرد ابتدا تجزیه و تحلیل می کند که انجام رفتار بهداشتی تا چه میزان به سود

وی می باشد. به عبارتی زمانی که فرد اثر بخشی مورد انتظار یک رفتار را در مقابل نکات منفی

آن رفتار نظیر گرانی، خطرناکی (داشتن عوارض جانبی نامطلوب یا عوارض عوارض ناشناخته)،

ناخوشی های آن رفتار (نظیر احساس درد، مشکل بودن انجام عمل و ناراحت کننده بودن آن)، صرف وقت و غیره ارزیابی می کند.

۲. اثرات جانبی: ممکن است جنبه های منفی رفتار به طور بالقوه برای فرد ناخوشایند، دردناک، ناراحت کننده، نامناسب و وقت گیر باشد که تمامی اینها به صورت مانع بوده و در انجام رفتار توسط فرد مؤثر می باشد.

بنابراین ترکیب حساسیت و شدت درک شده انگیزه و نیرویی جهت انجام یک رفتار فراهم می کند و درک منافع بیشتر در مقابل موانع کمتر راه بهتری را برای انجام رفتار پیش روی فرد قرار می دهد (۴۶).

۱-۲-۱-۲ (۵-۲-۱) راهنما برای عمل

برای شروع عمل راهنماها و محرک هایی ضرورت دارند. راهنما برای عمل شامل نیروهای تسریع کننده ای یا عواملی هستند که با یادآوری و هشدار در مورد یک مشکل بهداشتی بالقوه احتمال درک خطر و در نتیجه به انجام رساندن اقدامات لازم را افزایش می دهد. این راهنما به دو دسته داخلی و خارجی تقسیم می شوند (۴۷).

۱-۲-۱-۲ (۶-۲-۱) خودکارآمدی درک شده

این مفهوم در سال ۱۹۷۷ توسط بندورا^۱ ارائه شد و به عنوان عامل کلیدی مطرح است و از متغیر های تعدیل کننده تأثیر می پذیرد و به اطمینان فرد در مورد توانایی اش برای انجام رفتار به طریقی که به نتیجه مطلوب برسد اطلاق می شود. خودکارآمدی مربوط به رفتار خاص و زمان حال می باشد. برای ایجاد خودکارآمدی ۴ راهبرد وجود دارد:

۱. شکستن و تقسیم رفتار پیچیده به مراحل کوچک عملی و قابل انجام

۲. استفاده از روش نمایش از طریق یک الگوی نقش قابل باور

۳. بهره گیری از ترغیب و اطمینان بخشی

¹ Bandura

۷-۲-۱-۲-۱ عوامل تعدیل کننده یا واسطه^۱

این عوامل را می توان به سه دسته عوامل جمعیت شناختی (شامل متغیرهای دموگرافیک)، متغیرهای روانی - اجتماعی و متغیرهای ساختاری (شامل آگاهی و برخورد قبلی با بیماری یا مشکل بهداشتی) تقسیم کرد. ادراکات بر احتمال شروع عمل به طور مستقیم و عوامل تعدیل کننده به طور غیر مستقیم بر رفتار تأثیر می گذارد (۴۵).

۴-۱-۲-۱ کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش بهداشت

مدل اعتقاد بهداشتی در ابتدا به منظور توضیح دلیل عدم مشارکت افراد در برنامه های پیشگیری یا تشخیص بیماری مطرح گردید. سپس در این مدل تجدید نظر شد و انگیزه بهداشت عمومی، پاسخ افراد به بیماری و پذیرش رژیم های درمانی را نیز در بر گرفت. مدل اعتقاد بهداشتی مفهوم عالی برای تجزیه و تحلیل نیروهایی که بر روی رفتار بهداشتی مؤثرند، را فراهم می نمایند. علاوه بر این در طراحی و اجرای برنامه های آموزشی نیز کاربرد دارد. این مدل برای انتخاب نکات مورد نظر در تأکید بر هر گونه پیام ارتباطی و به خصوص اهمیت جدی بودن آن، استعداد پذیرش، قابلیت پیشگیری، فهرست مفیدی را برای بررسی ارائه می دهد. مدل به طور بالقوه در پیش بینی افرادی که قصد استفاده یا عدم استفاده از اقدامات بهداشتی را دارند، مفید می باشد. همچنین مداخلاتی را پیشنهاد می کند که احتمالاً مشارکت افراد را در رفتارهای محافظت کننده سلامتی افزایش می دهد و می تواند چارچوبی مؤثر را به منظور تدوین راهبردها و برنامه های آموزش سلامت باشد. کاربرد این مدل را به طور کلی عبارتند از:

۱. فراهم نمودن محرکی برای انجام عمل؛
۲. آشکار ساختن عمل با هزینه مورد قبول؛
۳. افزایش احساس شایستگی برای انجام عمل؛
۴. پیش بینی افرادی که معیارهای پیشگیری را به کار می برند (۴۶).

¹ Modifying Factors

۵-۱-۲-۱) محدودیت های مدل اعتقاد بهداشتی

- ۱) تأثیر نرم های اجتماعی و همسالان روی تصمیم گیری افراد در این مدل جایی ندارد.
- ۲) روی عقاید و نگرش ها متمرکز است و برای رفتارهای عاداتی که به طور احساسی برانگیخته می شوند کمتر مناسب دارد.
- ۳) به عوامل اقتصادی و محیطی مؤثر بر رفتار توجهی ندارد.
- ۴) وقتی سطح ترس بالا باشد فرد ممکن است احساس ناتوانی کند (۴۵).

۲-۲-۱) تغذیه سالمندان

باتوجه به پیشرفت های علم پزشکی و بهداشتی متوسط عمر انسان افزایش یافته، که این میزان در کشورهای پیشرفته روند سریعتری داشته است. پیرشدن و سالخوردگی با کاهش تدریجی فعالیت های فیزیکی و افزایش بیماریهای مزمن همراه می شود و به نظرمی رسد که بهبود تغذیه تا حد زیادی قادر است از این مشکلات پیشگیری کند و یا آن ها را تخفیف دهد. به همین دلیل یکی از مسائل مهم سالمندان، مسائل پزشکی و بهداشتی از جمله وضعیت تغذیه آنهاست. با افزایش سن، نیاز آنها به انرژی کاهش یافته و تمایل به مصرف غذا کمتر می شود. در این حال اگر انتخاب غذا درست صورت نگیرد، میزان دریافت مواد مغذی ضروری در آن ها پایین تر از حدمطلوب خواهد بود.

۱-۲-۲-۱) عوامل مؤثر در ایجاد مشکلات تغذیه ای سالمندان

عوامل جسمانی: مانند کاهش کل انرژی مورد نیاز، بیماریهای مزمن، بی اشتها، تغییر حس چشایی، خرابی دندانها، بی تحرکی، ناتوانی جسمی، مشکلات گوارشی، تداخلات دارویی و یا تداخل غذا و داروها

مشکلات روحی و روانی: افسردگی، تنهایی، از دست دادن همسر

مشکلات اقتصادی: درآمد کم، کمبود امکانات برای تهیه و طبخ غذای مناسب و زندگی

درآسایشگاه

۱-۲-۲) نیازهای تغذیه ای سالمندان

انرژی: با افزایش سن، میزان نیاز به انرژی کاهش می یابد که می تواند به دلیل کاهش فعالیت جسمی و کاهش توده عضلانی باشد. در صورت دریافت مازاد بر نیاز انرژی، مشکلات و عوارضی مانند چاقی، فشارخون، بیماریهای قلبی-عروقی برای سالمندان ایجاد می شود. میزان نیاز به انرژی برای هر سالمند متفاوت بوده و بر اساس وزن، قد، شرایط فیزیکی و سلامتی وی محاسبه می شود.

چربی: منبع تولید انرژی است. با افزایش سن میزان توده چربی در سالمندان افزایش می یابد. مصرف زیاد چربی باعث افزایش خطر ابتلا به چاقی، بیماریهای قلبی و عروقی، فشارخون بالا، دیابت و برخی سرطانها می شود؛ بنابراین مصرف چربی، خصوصاً "چربی های حیوانی باید محدود گردد.

پروتئین: با افزایش سن، علاوه بر کاهش توده عضلانی، ذخیره پروتئینی بدن کاهش می یابد و میزان نیاز به پروتئین با افزایش سن نه تنها کاهش نیافته بلکه ثابت مانده و یا افزایش می یابد، که در صورت ابتلا به بیماریها و یا عفونتها این مسئله اهمیت ویژه ای می یابد. بنابراین توصیه می شود چهل تا شصت درصد از انرژی دریافتی روزانه سالمندان از پروتئینها به ویژه پروتئینهای با کیفیت بالا تامین شود.

ویتامینها و مواد معدنی: اغلب سالمندان علاقه زیادی به مصرف مکمل های ویتامینی دارند

که باید به این مسئله توجه شده و از مصرف بیش از حد نیاز این مکمل ها خودداری شود. در مورد ویتامینهای محلول در آب، معمولاً کمبودی در سالمندان دیده نمی شود؛ مگر در سالمندان الکلی که کمبود ویتامین ب ۱ می تواند وجود داشته باشد و یا سالمندانی که دچار سوء تغذیه هستند. همچنین ممکن است بعضی از سالمندان به علت مشکلات دندان و یا مشکلات گوارشی از خوردن سبزیجات و میوه جات پرهیز کنند در حالیکه این منابع غذایی تامین کننده ویتامین ث هستند. از سویی مصرف زیاد آنتی بیوتیکها می تواند در سالمندان کمبود ویتامین کا ایجاد کند.

کمبود ویتامین دی ممکن است در سالمندان به ویژه آنهایی که از نور دور هستند بوجود آید. در مورد مواد معدنی باید گفت با رعایت یک برنامه غذایی صحیح می توان مواد معدنی مورد نیاز سالمندان را تا حد زیادی تامین کرد. فقط باید به میزان کلسیم دریافتی که معمولاً مقدار مصرف آن در سالمندان به میزان توصیه شده نمی رسد توجه شود. عوامل متعددی در کمبود کلسیم در سالمندان نقش دارند؛ از جمله میزان جذب روده ای کلسیم، کار کلیه ها، متابولیسم استخوانها، اثرات متقابل مواد مغذی بریکدیگر و بر داروها، کم تحرکی و عدم مصرف کافی لبنیات به دلیل عدم تحمل به لاکتوز. در صورتی که شیر و لبنیات به مقدار کافی مصرف نشود ممکن است نیاز به مصرف مکمل کلسیم باشد که البته تشخیص آن باید توسط پزشک و متخصص تغذیه صورت گیرد. در مورد سدیم هم باید در سالمندانی که مبتلا به فشارخون، مشکلات قلبی، کلیوی و دیابت هستند محدودیت‌هایی اعمال شود.

مایعات: توجه به دریافت کافی مایعات در سالمندان از مسائل مهم می باشد. علائم کمبود آب در بسیاری از سالمندان ممکن است به صورت خشکی لبها، گود افتادن چشمها، تب، یبوست، کاهش حجم ادرار و تهوع باشد؛ که این مسئله در مورد سالمندانی که در مناطق گرم زندگی می کنند بیشتر شایع است. استفاده از داروهای ادرارآور نیز از عوامل موثر در ایجاد کم آبی در سالمندان می باشد. بنابراین توجه به مصرف کافی آب و مایعات در این دوران اهمیت ویژه ای دارد (۴۸).

۱-۲-۳) گروههای اصلی مواد غذایی

گروههای غذایی فهرستی از مواد غذایی هستند، که از نظر مواد مغذی با هم مشابه هستند. مواد غذایی داخل هر گروه تقریباً ارزش یکسانی دارند و می توانند به صورت جانشین هم بکار برده شوند. سالمندان برای تامین نیازهای غذایی هر روز در برنامه غذایی خود از چهار گروه اصلی مواد غذایی باید به مقدار لازم استفاده کنند.

گروه شیر و لبنیات: این گروه شامل شیر، پنیر، ماست، کشک و بستنی است. اگر حجم یک لیوان را ۲۴۰ میلی لیتر در نظر بگیریم، آنگاه ارزش غذایی یک لیوان شیر کم چرب، با یک لیوان ماست کم چرب، بایک قوطی کبریت پنیر (۴۵-۶۰ گرم)، ۲ لیوان دوغ کم نمک، یک لیوان کشک و با ۱/۵ لیوان

بستنی معادل است که یک سهم نامیده می شود. در طول یک روز سالمندان باید حداقل ۲-۳ سهم از موارد فوق را استفاده نمایند برای مثال: یک لیوان شیرکم چرب + یک لیوان ماست کم چرب یا یک لیوان شیرکم چرب + یک قوطی کبریت پنیر یا یک لیوان ماست کم چرب + نصف قوطی کبریت پنیر + نصف لیوان کشک.

گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزها: این گروه شامل انواع گوشتها مانند گوشت قرمز (گوشت گوسفند و گاو)، گوشت سفید (گوشت ماهی و پرندگان)، تخم مرغ، حبوبات و مغزها است. ارزش پروتئینی ۲-۳ قطعه گوشت خورشتی متوسط پخته (۶۰ گرم)، با یک عدد قسمت پایین ران یک مرغ بزرگ پخته، با نصف سینه یک مرغ کوچک پخته، با یک لیوان حبوبات پخته شده یا نصف لیوان حبوبات خام، یا نصف لیوان انواع مغزها و با دو عدد تخم مرغ برابر است. در طول یک روز سالمندان باید حداقل ۲-۳ سهم از موارد فوق را استفاده نمایند. برای مثال: ۳ قطعه گوشت خورشت پخته شده + یک عدد تخم مرغ + نیم لیوان حبوبات پخته شده یا یک لیوان حبوبات پخته شده + یک ران مرغ یا ۲ قطعه گوشت پخته شده + یک عدد تخم مرغ + نیم لیوان حبوبات پخته شده + ربع لیوان مغزها.

گروه نان و غلات: شامل انواع نان، برنج، ماکارونی، رشته، گندم، جو ذرت است. ارزش غذایی ۳۰ گرم از انواع نان، مثلاً یک کف دست نان سنگک، با ۴ کف دست نان لواش، با یک کف دست نان تافتون، یک کف دست نان بربری، با یک لیوان برنج پخته، با یک لیوان از انواع غلات پخته، و با نصف لیوان غلات خام و با نصف لیوان ماکارونی پخته معادل است، که هرکدام یک سهم حساب می آیند. میزان مورد نیاز از این گروه بستگی به میزان فعالیت روزانه و وزن دارد، که برحسب نیاز در طول یک روز ۶-۱۱ سهم از موارد فوق را سالمندان باید در برنامه روزانه خود داشته باشند. مثل ۳ کف دست نان سنگک + نصف لیوان برنج پخته + یک لیوان ماکارونی پخته یا ۳ کف دست نان تافتون + یک لیوان برنج پخته + نصف لیوان جو پخته شده به صورت سوپ یا آش یا ۸ کف دست نان لواش + یک لیوان برنج پخته + یک لیوان ماکارونی پخته.

گروه میوه‌ها و سبزی‌ها: این گروه شامل انواع میوه‌ها و سبزی‌هاست. ارزش غذایی یک عدد سیب، پرتقال یا هلو، باربع طالبی متوسط، با نصف لیوان حبه انگور، با ۳ عدد زردآلو، با نصف لیوان سبزی برگی شکل خرد شده مثل کاهو و اسفناج، با نصف لیوان سبزی پخته، با نصف لیوان سایر سبزیهای خام خرد شده و با یک عدد سیب زمینی متوسط برابر است، که معادل یک سهم نامیده می شود. در طول یک روز ۲-۴ سهم از سبزی‌ها و ۳-۵ سهم از میوه‌ها با مصرف گردد. برای مثال: ۲ لیوان کاهوی خرد شده + یک پرتقال + یک سیب یا یک لیوان سبزی پخته + نصف لیوان حبه انگور + یک سیب یا یک عدد سیب زمینی + نصف لیوان سبزی خرد شده + یک چهارم طالبی + ۳ عدد زرد آلو یا نصف لیوان سبزی خرد شده + یک لیوان کاهو + نصف لیوان آب میوه + یک گلابی.

گروه متفرقه: شامل نمک، قند، شکر، شیرینی‌ها، شربت‌ها، روغن‌ها، ترشی‌ها است؛ که بهتر است سالمندان این گروه مواد را کمتر مصرف کنند و در مورد روغن‌ها بایستی روغن‌های مایع را به مقدار متوسط مصرف نمایند (۴۹).

۱-۲-۲-۴) هرم غذایی برای سالمندان

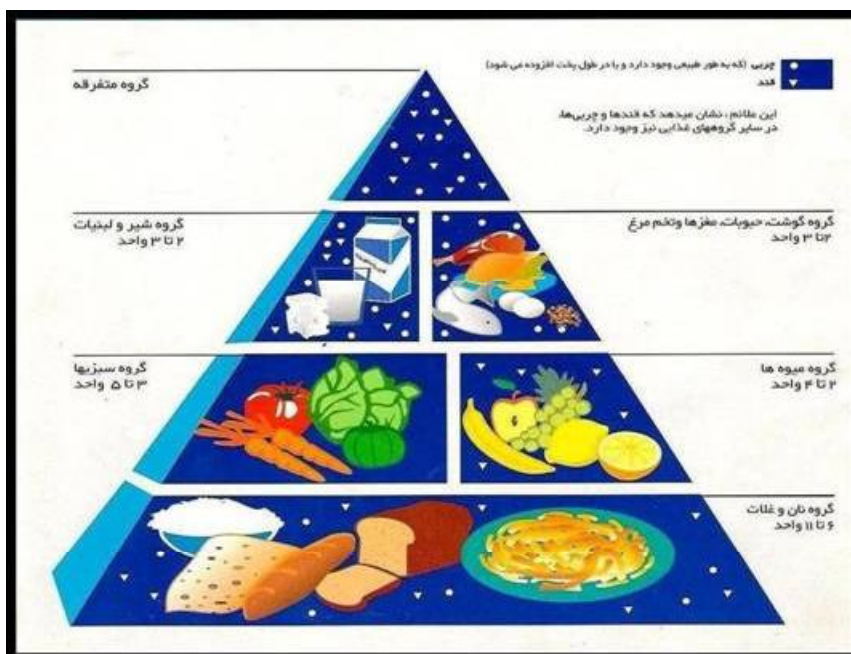
هرم مواد غذایی به سالمندان می آموزد، تا در طول روز مواد غذایی مورد نیاز خود را براساس ۶ اصل تغذیه صحیح (کفایت، تعادل، میانه روی، تنوع، کنترل کالری و انرژی و تراکم مواد غذایی) انتخاب کنند. در واقع با استفاده از این هرم سالمندان می توانند مواد مغذی مورد نیازشان را همراه با مقادیر مناسب انرژی به طور هم زمان به دست آورند.

هرم راهنمای مواد غذایی مخصوص سالمندان نمایانگر نسبت و نوع مواد غذایی توصیه شده برای مصرف روزانه سالمندان است که در آن گروه‌های مختلف مواد غذایی دارای مواد مغذی مشابه را کنار هم نشان می دهد. هرم مواد غذایی دارای پنج گروه اصلی غذایی است که درسه سطح و یک سطح آب و مایعات در سطح زیرین می باشد.

دلیل نمایش دادن آب و مایعات در سطح زیرین به دلیل وسعت اهمیت آن به خصوص در این گروه و تاکید بر مصرف آن می باشد.

دلیل نمایش دادن توصیه‌های راهنمای مصرف مواد غذایی به شکل هرم، نشان دادن نسبت‌های توصیه شده برای مصرف گروه‌های مختلف غذایی می باشد. هرکدام از این گروه‌ها برخی مواد مغذی مورد نیاز (و نه همه آن‌ها) را برای سالمندان تامین می نماید. غذاهایی که در یک گروه قرار دارند نمی توانند جانشین گروه دیگر شوند. هیچکدام از این گروه‌ها بر دیگری برتری ندارد و سالمندان برای سلامتی به همه آن‌ها نیازمندند.

دراین هرم پس از آب و مایعات، مواد غذایی تهی شده از غلات، قاعده هرم را تشکیل می دهند؛ یعنی بیشترین میزان انرژی دریافتی روزانه سالمندان باید از مواد نشاسته ای مانند نان، برنج، ماکارونی، سیب زمینی و مواردی از این قبیل تامین شود. پس از آن سبزیجات و میوه‌ها باید درصد عمده مواد غذایی روزانه را تشکیل دهند. غذاهای پروتئینی، شیر و لبنیات علاوه بر سرشار بودن از پروتئین و مواد مغذی، تامین کننده چربی و کالری نیز می باشند و از نظر غذایی در درجات بعدی قرار می گیرند که باید روزانه مصرف شوند. چربی و شیرینی درصد ناچیزی از هرم مواد غذایی را تشکیل می دهد و بیانگر لزوم مصرف این قبیل مواد غذایی به میزان محدود است (۴۹).



شکل ۱-۲: هرم غذایی

۱-۲-۳) آموزش بهداشت

تاریخچه آموزش بهداشت به قدمت خلقت بشر می باشد. از روزی که بشر زیستن بر روی کره خاکی را آغاز نمود است تا به امروز همواره کسانی بوده اند تا بر اساس دانش روزمره راه و رسم بهتر زیستن را به سایرین آموزش دهند. آموزش بهداشت به عنوان یک تخصص یک حرفه و یک کار اساسی بهداشت عمومی از ربع دوم قرن ۲۰ میلادی و به ویژه از اواخر دهه ۱۹۴۰ شناخته شده است.

آموزش بهداشت عبارت است از تشویق و ترغیب مردم برای قبول و نگهداری رفتار و اعمالی که برای ادامه زندگی سالم ضروری است و همچنین به کار بردن عقل و منطق برای استفاده صحیح از خدمات بهداشتی که در دسترس آنان است. آموزش بهداشت، همانند آموزش عمومی علاقمند به تغییر آگاهی، احساسات و رفتار مردم می باشد و در غالب اشکال خود تأکید بر ایجاد آنگونه رفتارهای بهداشتی داشته که تصور می شود بالاترین حد ممکن بهزیستی را به ارمغان می آورند (۵۰).

۱-۲-۳-۱) اهمیت و لزوم آموزش بهداشت

۱. !دانش بهداشتی یک حق اساسی انسانی است.
۲. !دانش بهداشتی و نگرش مناسب به سلامتی پیش شرط سلامتی است. بدون کسب و ارتقای دانش بهداشتی، زندگی سالم ممکن نیست.
۳. !دانش و نگرش بهداشتی، آموختنی و اکتسابی است. آموزش بهداشت، دانش و نگرش بهداشتی را در اختیار فرد قرار می دهد و اساسی ترین نیاز در جهت کسب و ارتقای سلامتی، آموزش بهداشت است.
۴. !آموزش بهداشت مهم ترین جزء PHC و اساسی ترین استراتژی بهداشت و مهم ترین راهکار کسب، حفظ و ارتقای سلامتی است.
۵. !آموزش بهداشت یکی از عوامل توسعه است.